Über

# Retropharyngealabscesse.

---

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

**ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE**

IN DER GESAMTEN MEDIZIN

verfasst und einer

Hohen medizinischen Facultät

der

k. b. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

**Eduard Schmitt,** prakt. Arzt.

aus

**Kaiserslautern,** Rheinpfalz.

**Kaiserslautern.**

Hofbuchdruckerei Hermann Kayser.

1898.

Über

# Retropharyngealabscesse.

---

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Facultät

der

k. b. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

**Eduard Schmitt,** prakt. Arzt

aus

**Kaiserslautern,** Rheinpfalz.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

KAISERSLAUTERN
Hof-Buchdruckerei Hermann Kayser
1898.

Referent

Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger.

Meinen Studiengenossen

Dr. med. Gottlieb Gelderblom

und

Dr. med. Ludwig Vaubel

in alter Freundschaft.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0044

Wenn wir zunächst die geschichtliche Seite der retropharyngealen Abscesse, die unter Umständen das Leben einem jähen Ende zuführen, betrachten, so finden wir die ersten Angaben, wie so oft bei Hippokrates,[1]) welcher unter denjenigen Ursachen, auf die unter anderen der Opistothonus zurückgeführt wird, auch eitrige Prozesse im Rachen erwähnt und auch bereits den Vorschlag macht, gegen dieselben operativ vorzugehen. Nach ihm erhalten wir diesbezügliche Nachrichten von Ambroise Paré, der eine ziemlich ausführliche Schilderung gibt. Einer der ersten deutschen Ärzte, welche den retropharyngealen Abscess (von hier ab in der Abkürzung R. A.) kannten, war Dr. Löwenhardt in Prenzlau,[2]) der seine Kenntnis darüber einem Referate über einen von Abercrombie[3]) beobachteten Fall verdankte. 1840 erschienen Mitteilungen von Fleming[4]), sodann in sehr unvollständiger Weise von Mondière[5]) und Duparque,[6]) ferner von Rodriques.[7]) Dr. Allin in New-York war in der Lage 58 Fälle zusammenzustellen.[8]) Eine zweite Arbeit von Fleming[9]) hatte Henoch die

[1]) Tom. II. pag. 46. trad. par E. Littre. Paris 1851. „ἢν δὲ μὴ ῥηγνύηται, ψηλαφήσας τῷ δακτύλῳ ἢν μαλακὸν ἔῃ, σιδήριον προστάμενος πρὸς τὸν δάκτυλον τρῆσαι. Ταῦτα ποιήσαντι ὑγιέες γίγνονται· ἡ δὲ νοῦσος αὕτη ἥκιστά ἐστι θανατώδης.

[2]) Sieboldt's Zeitschr. 1829.

[3]) Edinburgh Medical and Surgical 1819 Vol. 15 p. 260.

[4]) Doublin. Journ. of m. sc. 1840. XVII. p. 41.

[5]) L'expérience 1842.

[6]) Annales d'obstétriques 1842.

[7]) Journ. des connaiss. médic. 1845.

[8]) Journ. of Medicine Vol. VII. 1851 p. 307.

[9]) Dublin. Journ. of med. sc. 1850. Case of abscess betind the pharynx.

Möglichkeit verschafft, die Fälle, die er zu Gesicht bekam, in der richtigen Weise zu deuten.[1]) Rilliet und Barthez konnten in ihrem berühmten Werke nur fremde Beobachtungen anführen und Grave, Bessems, Bouchut, Hennig und Bednar[2]) behandeln dieses Kapitel nur in aller Kürze. Ferner wären noch zu erwähnen eine statistische Zusammenstellung von Gautier[3]) und eine Arbeit von Roustan.[4])

War es auf Grund dieser Arbeiten weder möglich, volle Klarheit über das Wesen des Krankheitsbildes zu erhalten, noch eine exakte Diagnose zu stellen, um damit eine konsequente Therapie einzuleiten, so füllen die nun folgenden Arbeiten von Bokai, Schmitz, Kormann, Henle, König, Henke, Poulsen, Döllinger und Neumann die mannigfachen Lücken aus. Die mangelhafte Kenntnis und die enormen Schwierigkeiten einer sicheren Diagnose wurden früher in Zusammenhang gebracht mit der grossen Seltenheit dieser Affektionen, welche aber nur die Folgen eines fehlenden diagnostischen Hülfsmittels gewesen ist. Denn, wenn man auch heute nicht sagen kann, dass die R. A. häufig vorkommen, so hat aber doch die von Bokai eingeführte Digitaluntersuchung ihre Seltenheit ziemlich reduziert. Die Schwierigkeiten, welche sich einer exakten Diagnose entgegenstellten, was hie und da auch jetzt noch vorkommt, mögen einige Beispiele illustrieren. So wurde Möller[5]) erst durch die Sektion eines nicht erkannten Falles auf

[1]) Caspars Wochenschrift 1850 und Klinische Beobachtungen und Wahrnehmungen, Berlin 1856).

[2]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1856.

[3]) Dès abscès rétropharyngiens ou dè l'angine phlegmoneuse. Genève et Bâle 1869.

[4]) Des abscès rétropharyngiens et de l'adénité suppurée rétroph. chez les enfants. Thèse Paris 1869).

[5]) Deutsche Klinik 1866 p. 67.

die Affektion aufmerksam und Justi[1]) hatte die Tracheotomie gemacht, wo eine einfache Incision vollkommen genügt hätte. Während O. Glas[2]) einen R. A. zuerst mit Laryngitis acuta und dann mit Laryngitis cruposa verwechselte, und, um die vermuteten Schleimhautmassen zu entfernen in den Rachen einging und dabei den Abscess eröffnete und zur Heilung brachte, musste Ernest Bouchut seine Diagnose Laryng. crup. auf dem Sektionstisch korrigieren. Ebenso verloren Dr. Allé in Brünn[3]) und Lange[4]) durch falsche Diagnose ihren Patienten. Aus neuerer Zeit berichtet Biggs[5]) über einen Fall, der für Diphtherie gehalten wurde, während die Sektion auch keine Spur von Diphtherie ergab. Ebenfalls erst am Sektionstische erkannt wurde ein Fall von S. K. Bremer[6])

Unter einem R. A., welcher eitrige Prozess die am häufigsten auftretende Affektion des vor der Halswirbelsäule gelegenen Bindegewebes darstellt, versteht man eine Ansammlung von Eiter zwischen der Wirbelsäule und der hinteren Rachenwand. Obwohl man zwischen den retroph. und den retroösoph. A. keine strenge Grenze ziehen kann, da nämlich, trotzdem die Speiseröhre durch ihre Verengerung am Isthmus sich deutlich dem Rachenring gegenüber abhebt, ein gemeinsamer Bindegewebsraum beide einhüllt, durch welche Verhältnisse veranlasst der generalisierende Name retroviscerale Abscesse eingeführt ward, so hat man es in praxi doch für besser erachtet, die beiden Prozesse von einander zu

---

[1]) Deutsche mediz. Wochenschr., 1877 Nr. 25.

[2]) Retrofaryngealabscess, som ans åys vara krup. Upsala. Lä karefören Förh. Bd. V.

[3]) Österr. med. Wochenschr. 1841 No. 6.

[4]) Deutsche Klinik 1860 p. 266.

[5]) N. Y. Med. Record 1895.

[6]) Arch. Pediatrics N. Y. 1895.

trennen. Neuerdings wurde von Grazzi[1]) der Vorschlag gemacht, alle R. A. als pharyngeale zu bezeichnen.

Macht man den Versuch, die R. A., welche ja von einander abweichende Formen aufweisen, in verschiedene Gruppen zu ordnen, so stösst man bei den einzelnen Autoren auf nicht unerhebliche Differenzen.

Während Kormann[2]) nur eine sekundäre Form der R. A. anerkennt, unterscheiden Bokai 4, Gerhardt 3, Pitha Billroth, Baginsky und Schech[3]) 2 Formen.

Bokai's[4]) 4 Formen sind folgende:

1. die idiopathische,
2. die sekundäre,
   a) infolge Eitersenkung abszedierender Lymphdrüsen,
   b) nach Eitersenkung bei Spondyl. cervicalis,
3. die metastatische,
4. die traumatische.

Bei Gerhardt[5]) finden wir die R. A. als idiopathische, als Congestionsabscesse und als metastatische verzeichnet.

Pitha & Billroth[6]) stützen ihre Einteilung auf Symptome und Therapie. Die einen, stürmisch auftretend, erheischen infolge der das Leben bedrohenden Symptome ein rasches Eingreifen, während die anderen eine Gewöhnung der affizierten Teile an den Druck herbeiführen, somit weniger rapid verlaufen und auch eine ganz differente Behandlung fordern.

---

[1]) Alcune considerazioni sugli ascessi faringei. Boll. delle Male dell' Orechio 1892 No. 5 und 6.

[2]) Centralzeit. f. Kinderhlk 1877 I. 5. p. 67.

[3]) Die Krankheiten der Mundhöhle, der Nase und des Rachens 1896.

[4]) Jahrbuch f. Kinderhlk. N. F. Bd. X. 1 u. 2. 1876.

[5]) Handbuch der Kinderkrankheiten 1880.

[6]) Handbuch der allgem. u. spez. Chirurgie.

Baginsky[1]) nimmt eine Mittelstellung ein. Er unterscheidet mit Bokai idiopathische und sekundäre Formen, lehnt sich dabei aber auch an Kormann an, wenn er sagt, dass autochthone Lymphdrüsenentzündungen überhaupt wohl nicht vorkommen, und auch die chronischen Schwellungen der hier in Betracht kommenden Lymphdrüsen und die akuten abscedierenden Lymphadenitiden nicht eigentlich idiopathischer Natur sind, sondern von Prozessen ausgehen, welche sich in der Umgebung abspielen.

Abelin[2]) scheint mir die beste Einteilung gegeben zu haben. Er unterscheidet nämlich die ostitischen und periostitischen Formen von denen, welche infolge entzündlicher Affektionen des praevertebralen Bindegewebes auftreten. Aus dieser Auffassung ergibt sich doch mit Sicherheit, dass auch Abelin alle r. A. als secundäre ansieht, wie später Kormann, welcher folgende Gruppierung gibt:

1. idiopatische entstanden aus einer Lymphadenitis retropharyngealis,
2. Congestionsabscesse,
3. traumatische.

Da nun im Anschluss an ein Trauma sich in den meisten Fällen eine Lymphad. retroph. entwickelt, da fernerhin die metastische Form Bokai's und Gerhard's ihren metastischen Charakter nicht zur Genüge besitzt, möchte ich einmal mit Abelin und Kormann zunächst nur eine sekundäre Form anerkennen und dann folgende Einteilung vorschlagen:

1. lymphadenitische Formen;
   a) nach akuten und chronischen Entzündungen der in Betracht kommenden Organe;
   b) nach Traumen;
2. Congestionsabscesse.

[1]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1887.
[2]) Nord. med. Ark. 1871. III. 4. No. 24.

Beide Formen haben in einer sehr beträchtlichen Reihe von Punkten bedeutende Unterschiede aufzuweisen und doch kann man die zweite Form als Congestionsabscesse der ersten nicht in dem Sinne gegenüberstellen, als ob die Senkungsvorgänge in besonders hohem Grade beide Hauptarten differenzieren würden, was ja doch nicht der Fall ist, da der Senkungsprozess bei beiden vorkommt, allerdings bei der zweiten Form enorm häufiger als bei der ersten. Und dieser Umstand berechtigt wohl dazu, die Einteilung so zu treffen. Eine ganz exakte Unterscheidung dürfte sich etwas schwerfällig gestalten.

Zunächst ist es noch nötig, den Beweis zu erbringen für die Auffassung, dass es nur sekundäre r. A. gibt. Denn Seitz[1]) sagt, dass der r. A. anscheinend völlig primär vorkomme und für Henoch ist die Form, welche als idiopathische bezeichnet wird, eine essentielle Erkrankung, ein völlig selbständiger Prozess, der weder mit einem Allgemeinleiden noch mit einer lokalen Affektion in Zusammenhang gebracht werden kann. Henoch versteht also unter einer idiopathischen Erkrankung ein Leiden sui generis und identifiziert idiopathisch mit primär, wäre hiemit als Gegner unserer sekundären Einheitsform zu bekämpfen, was, um längere Wiederholungen zu vermeiden, im Verlaufe der Erörterung der ätiologischen und pathogenetischen Gesichtspunkte geschehen soll. Für Bokai dagegen ist der Begriff idiopathisch ein Attribut, das derjenigen Erscheinung des gesamten Symptomenkomplexes eines Krankheitsbildes zukommt, welche am meisten in die Augen springt; ferner gehört noch dazu, dass das Leiden da entstanden, wo sich die klinischen Symptome präsentieren. Hiernach scheint es mir ganz überflüssig, aus diesen Gründen irgend einer Krankheit das Prädikat idiopathisch beizulegen.

---

[1]) Grundriss der Kinderheilkunde 1894.

Wenn wir uns jetzt zur Betrachtung der einzelnen Formen wenden, so erfahren wir, dass die lymphadenitischen r. A. dadurch charakterisiert sind, dass sie einmal das früheste Kindesalter befallen, sich rasch entwickeln und eine sehr geringe Neigung zur Senkung aufweisen. Während Abelin a. a. O. sie noch als etwas Seltenes betrachtet, hält sie Henoch schon für häufiger und Störk[1]) schätzt sie ungleich häufiger als Henoch. Die Frequenz der r. A. wurde entschieden durch die Digitaluntersuchung gesteigert, welche die Diagnose in eminenter Weise verbesserte. Denn Bokai, der sie sehr kultivierte, beobachtete wohl nur aus diesem Grunde eine grössere Anzahl in Pest, und ebenso erging es Bokai's Schülern, welche mit der Digitaluntersuchung eine grössere Anzahl beobachteten. Nach Pitha und Billroth fallen von allen retrovisceralen Abscessen $^{2}/_{3}$ auf die beiden ersten Lebensjahre. Ebenso sah Bokai die weitaus grösste Anzahl bis zum Ende des ersten Lebensjahres, in geringerer Frequenz zwischendem 1. und 3., nnd noch später kamen sie ihm nur ganz vereinzelt vor. Sein jüngster Fall war 2 Monate alt, der Henoch's 4, dessen Beobachtungen sich mit denen Bokai's decken, da er sie nur sah bei Kindern, die das erste Jahr noch nicht überschritten oder noch jünger waren. Abweichende Fälle konstatierte er äusserst wenige, 2 im Alter von 2 Jahren und 1 im Alter von $3\,^{1}/_{2}$. Ebenso lauten die Angaben von Gautier und Anderen.

Was die Belastung der einzelnen Lebensmonate betrifft, so soll der 8. und 9. an der Spitze stehen; Bockai fand sie am häufigsten im 3.—8. und im 12. und Gautier im 7., 8. und 10.

Worin haben wir nun die Gründe zu suchen, welche uns das häufige Auftreten dieser Affektion im Kindesalter gegenüber der Selten-

[1]) Klinik der Erkr. der Nase u. s. w., 1895.

heit beim Erwachsenen in befriedigender Weise erklären? Diese Ursachen liegen in den Differenzen, welche der kindliche Organismus gegenüber dem völlig ausgebildeten besitzt, sowohl in anatomischer als physiologischer Beziehung und nicht zum Mindesten, was die Pathologie betrifft, wie wir ja auch unsere therapeutischen Massnahmen gegenüber den Resultaten, welche das Studium dieser Verhältnisse gezeitigt, modifizieren oder ganz andere Wege einschlagen müssen.

Bokai[1]) ging, als er die ersten Beobachtungen machte, von der Ansicht aus, dass die r. A. ihr Entstehen verdanken Entzündungen des Rachens und des in seiner Umgebung befindlichen Bindegewebes, die ihrerseits sein können, einmal katarrhalischer Natur, sodann sich in Form metastatischer Prozesse als Produkte eines akuten Exanthems manifestieren. Als sodann Roustan, Schmitz und Kormann durch ihre Untersuchungen nachgewiesen, dass diese r. A. einen direkten Zusammenhang aufweisen mit der Lymphadenitis retropharyngealis, modifizierte auch Bokai seine Ansicht dementsprechend. Während Verneuil 1842 die Theorie aufstellte, dass die lymphad. r. A. aus einer Vereiterung der retroph. Lymphdrüsen entstehen, erwähnen Rilliet und Barthez[2]) nichts davon und Abelin beschuldigt nur die Zartheit der in Betracht kommenden Gewebe. Erst Schmitz[3]) griff die Idee Verneuil's wieder auf und erläuterte das Verhältnis zwischen der Lymphad. retroph. und dem r. A. Auf Grund dieser Untersuchungen lenkte Kormann a. a. O. seine Aufmerksamkeit bei allen Kindern, welche wegen akuten und chronischen Katarrhen der Nasen, des Rachens und der Mundhöhle u. s. w. zu ihm kamen, auf diese Lymph. retroph. Unter 211

[1]) Jahrb. f. Kinderhlk. 1858. 1. p. 183.
[2]) Maladies des enfants 2 e édit. 1853.
[3]) Jahrb. f. Kinderhlk. 1873. N. F. VI. 3.

Fällen, welche er in dieser Weise untersuchte, fand er 193 Mal die Lymphad. retroph. und zwar kamen auf:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 33 | Soor | 23 | Lymph. retroph. |
| 57 | Ozäna scrophul. u. Pharyng. chron. | 55 | „ „ |
| 15 | Stomat. ulcer und catarrh. | 12 | „ „ |
| 10 | Entzünd. des äuss. Gehörganges | 10 | „ „ |
| 83 | Pharyng. bei Scarl und Morbilli | 80 | „ „ |
| 13 | Diphth. fauc. | 13 | „ „ |

Bei Erwachsenen hatte Kormann nur die Pharyngitis luetica beobachtet und konnte in 15 Fällen die Lymphad retroph. nachweisen, 2mal bei Merkuliarismus.

Die Lymphad. retroph. wird beobachtet:

1) Bei entzündlichen Prozessen in Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, im Nasenrachenraum, worauf J. A. Wijnhoff[1]) und Lewandowsky[2]) aufmerksam machen. Sodann nach Otitiden, die speziell als otitische r. A. bezeichnet werden.[3]) Ferner im Anschluss an Kiefer-empyem[4]) Parotitis[5]) und Erysipelas, sodann im Gefolge von Angina, Pertussis, Morbilli, Scarlatina, Diphtherie, Typhus und Variola. Während Bokai sieben Fälle von r. A. bei Scharlach beobachten konnte, war Schmitz nicht in der Lage bei 450 stationär behandelten Scharlachkindern auch nur einen einzigen zu konstatieren. Während hieher gehörige Beobachtungen noch gemacht wurden von S. Fischer[6]) und S. Lisunow[7]) bei einer Diphthericepidemie eine ganze Reihe von r. A. beobachtete, betont Joh. Bokai[8]), dass die akuten Infektionskrank-

[1]) En genal van retropharyngeal absces na vorlyden. Ned Tjidschrift v. Geneesk. 1895 II. 5.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1882 No. VIII.

[3]) Knapp, Zeitschr. f. Ohrenhlk. Bd. XXVI. 1.

[4]) Liebe, Mtschr. f. Ohrenhlk. 1893 XII.

[5]) Archiv. of. Pediatr. N. Y. Juli 1895.

[6]) Wiener med. Presse 1892. 30.

[7]) Saglotoschnie nariwi Russ. med. 1890, 41 und 42.

[8]) Pester med. chir. Presse 1889 No. 19.

heiten, seltener wie bisher angenommen, die Ursache für r. A. abgeben. Eine besondere Form für die im Gefolge akuter Infektionskrankheiten auftretenden r. A. aufzustellen, ist zwecklos, da ihnen, wie bereits erwähnt, der Charakter der Metastasen fehlt, und es viel wahrscheinlicher ist, dass sie der Pharyngitis entstammen, die ja bei Scharlach und Diphtherie, welche zunächst für diese besondere Gruppe in Betracht kommen würden, fast nie fehlt.

Einen hierher gehörigen Fall hatte ich im pathalogischen Institut der Universität München zu beobachten Gelegenheit:

Mayer Therese, geb. am 22. Mai 1896, von 4 Geschwistern das jüngste Kind, war bis zum Alter von 3 Monaten gesund. Sobald der Dentitionsprocess einsetzte, begann das Kind zu kränkeln. Es stellten sich später Atembeschwerden ein und ungefähr vom 7. Lebensmonat an soll es geschwollene Mandeln gehabt haben. 2 Monate später litt es an einem Brechdurchfall, der sich nach 6 Wochen wiederholte. Am 20. Mai 1897 wurde das Mädchen in das v. Hauner'sche Kinderspital verbracht.

Status praesens: Gut gebautes Kind, in mittlerem Ernährungszustand.

Haut, welche bei Aufnahme eine leichte, besonders an den Extremitäten vorhandene Röte zeigte, ist blass geworden.

Mundhöhle: Zunge belegt, weicher Gaumen gerötet, grauweisse Beläge auf den Tonsillen.

Nase secerniert reichlich missfarbigen Eiter.

Drüsen am Hals geschwollen.

21. V. Brechen und Durchfall (Ordination: Flores Verbasci).
22. V. Brechdurchfall hat aufgehört, Stuhl dicker.
24. V. Andauerndes Fieber, Rachenteile gerötet und stark mit dickem Eiter belegt.
25. V. Wieder Brechdurchfall. Ordination: Flor. Verb. und Eichelcacao.
26. V. 4 dünne grüne Stühle. Belag auf den Tonsillen geschwunden.

29. V. An der rechten Halsseite findet sich eine wallnuss. grosse, teigige, nicht fluktuirende Schwellung, über welcher die Haut gerötet ist.

30. V. Es stellte sich Fluktuation ein. Bei der Incision entleerte sich verhältnismässig wenig Eiter, viele nekrotische Gewebspartikel. Das Gewebe in der Umgebung der Abscesshöhle ist pflegmonös infiltriert. Nach Angaben der Schwester soll das Kind in den letzten 2 Tagen schlecht geschluckt haben.

Diagnose: Scarlatina, Diphtheritis faucium et narium. Inject. B. II. Der Tod trat am 30. V. 97 p. m. ein.

Sectionsbefund*): An der rechten Halsseite ein tiefgreifendes Geschwür mit eitrigen Rändern besetzt.

Auf Druck entleert sich aus den Bronchien schaumiger Eiter. Am Unterlappen der rechten Lunge findet sich eine Verdichtung des Lungengewebes

Zunge blass und ohne Belag. Im Rachen wenig Inhalt, das retropharyngeale und retrooesophageale Gewebe weisslich eitrig infiltriert. Die Rachenschleimhaut mit eitrigem Belag versehen. Der Aditus laryngis ist geschwellt und gerötet.

Milz ist um das doppelte vergrössert. Länge 9,5 cm, Breite 5,3 cm, Dicke 2,9 cm.

Mesenterialdrüsen geschwellt, deutlich erbsen- bis bohnengross.

Leber. Ziemlich derb. Gewebe grau. Bei Darüberstreichen fettiger Glanz, acinoese Zeichnung verwaschen.

Nieren von sehr bedeutender Grösse, vom Umfange eines Gänseeies; Oberfläche glatt und blass, Blutgehalt minimal, Pyramiden schmutzig braun, Streifung undeutlich. Bei Druck auf die Papillen entleert sich ein weisser Brei.

Diagnose: Praevertebrale diffuse Phlegmone am Halse in Anschluss an Scharlach und Angina scarlatinosa entstanden; beginnende Bronchopneumonie, acute parenchymatoese Nephritis.

Die traumatischen Formen, welche äusserst selten sind, entstehen bei Verletzungen des Rachens durch spitze Fremdkörper, worauf dann die die Eiterung erregenden Elemente in die Submucosa eindringen. So sah G. Boucher nach einem Sturz auf den Rücken und

*) Sections-Journal 2. 508. 1897.

Subluxation des dritten Halswirbels[1]) einen retropharyngealen Abscess auftreten. Lisunow a. a. O. beobachtete einen solchen nach Verschlucken eines harten Bissens und Giraldès nach der Einnahme von heissen Getränken. Während Schmitz keine Verletzungen als von der Saugflasche herrührend entdecken konnte, glaubt Störk a. a. O., dass durch das Saugen eine lokale Entzündung mit langsamem Übergang in Eiterung entstehe. Er sagt, dass die Mütter ihm die Kinder bringen, wegen der eingetreten Atmungsstörungen und des konsecutiv gesteigerten Sauggeschäftes.

Was ist nun das anatomische Substrat für die Lymphaden. retroph.? Dies hat Henle[2]) geliefert. In der Höhe des 2. und 3. Halswirbels finden sich nämlich 2 Lymphdrüsen, welche sich in ihren Grössenverhältnissen mit steigendem Alter derart mindern, dass sich ihre beträchtlichste Ausdehnung im Kindesalter konstatieren lässt, während man vom 5. Lebensjahre ab einen Schwund derselben beachtet, derart, dass man in einer gewissen Lebensperiode entweder nur noch eine oder gar keine mehr nachweisen kann. Findet sich nur noch eine, so liegt sie nach Gilette[3]) meist rechts. Mit der Lage dieser Drüsen, deren grösstes Volum also mit der höchsten Frequenz der r. A. bei Kindern zusammenfällt, stimmt auch der Sitz der Lymphad. retroph. überein. Die Vasa afferentia der Henle'schen Drüsen kommen in 3—4 Hauptstämmen von der Schleimhaut der oberen Partien und der Seitenflächen des Rachens. Die Vasa efferentia laufen zu Drüsen, welche in der Mandelgegend gelegen sind, wo sie mit dem Lymphapparat der Zunge und des weichen Gaumens zusammentreffen. Da das Wurzelgebiet der

[1]) Archiv. italian. di laringologia 1884. Fascic. III.

[2]) Handbuch der systematischen Anatomie III. Bd. 2. Abt.

[3]) Thèse. Dès abscès rétroph. idiopathiques Paris 1867.

retroph. Lymphdrüsen auch in der Nasenschleimhaut liegt, so können entzündliche Prozesse aller erwähnten Gebiete den Transport entzündungserregender Stoffe nach den Henle'schen Drüsen vermitteln.

Ausser dieser Gruppe von Lymphdrüsen kommen in Betracht die glandul. facial. profund., welche beschrieben wurden von Henle, Hyrtl, Luschka[1]) von Tuortual[2]) und Quain-Hoffmann.[3]) Ihre Vasa efferentia, welche die Lymphe aus Augenhöhle, Nase, Oberkiefer und dem Rachen abführen, bilden die Vasa efferentia der gland. cervical. profund. super., welche 10—16 an der Zahl die Lymphe aus der Schädelhöhle, Zunge, Rachen, Kehlkopf und Thyreoidea abführen. Auf die Bedeutung dieser Gruppe wies besonders H. Neumann[4]) hin. Seine Beobachtungen, die mit denen von Nil. Filatow übereinstimmen, zeigen, dass in $^2/_3$ aller Fälle Katarrhe der Nase und des Nasenrachenraumes als Ursache dieser Lymphadenitis sich herausstellen und er kann somit die Lymphad. retroph. und die Lymphad. retromaxill., welch' letztere die gl. prof. cervic. super., die hinter dem Kieferwinkel gelegen, begreift, als gleichartig erachten, da sie einer primären Erkrankung des gemeinschaftlichen Wurzelgebietes ihr Entstehen verdanken.

Ein anderes anatomisches Moment, welches uns die Frequenz der r. A. im frühen kindlichen Alter verständlich macht, liegt in der kindlichen Tonsillarbildung und dem lymphatischen Apparat des kindlichen Rachenraumes, wie die Untersuchungen von Stöhr[5]) Bickel[6]) und Gang-

[1]) Anatomie des menschl. Halses, I. B. 1. Abt. 1862

[2]) Neue Untersuch. über d. Bau d. menschl. Schlundes und Kehlkopfes 1846.

[3]) Lehrb. d. Anatom. Erlangen 1872. Bd. II.)

[4]) Zur Kenntnis d. ac. id. Entz. d. retroph. Lymphdrüsen u. d. ob. tief. cervic. Archiv f. Kinderhlk. 1893 XV. p. 339

[5]) Über Mandeln und Balgdrüsen Virch. Archiv Bd. 97 p. 211.

[6]) Virchow's Archiv Bd. 98.

hofner ergeben haben. Die Rachentonsille besitzt nämlich ihre grösste Ausdehnung im frühesten Kindesalter und erfährt vom ersten Lebensjahre an eine Rückbildung. Somit erklärt es sich recht gut, dass das Lymphgefässsystem in dieser Periode eine grössere Disposition zu allerlei Affektionen bietet. Ferner ist die subepitheliale Substanz in dieser Zeit äusserst reichlich vertreten, daher wird die schützende Epitheldecke der tonsillären Gebilde eine bedeutende Lockerung erfahren, dadurch, dass immerzu zahllose Leukocyten konstant und normalerweisse aus dem adenoiden Gewebe der Tonsillen auswandern und zwar durch das Epithel in die Mundhöhle. Die Folgen sind: die tiefer liegenden Gewebsschichten werden ihres Schutzes gegen äussere Schädlichkeiten beraubt, büssen ihre Widerstandsfähigkeit ein und mit Hilfe der Leukocyten ist es den Schädlichkeiten möglich, durch die von den Leukocyten hergestellten Verbindungen zwischen Oberfläche und Tiefe, ihre Wirkungen von den oberflächlichen Gewebeschichten in die tieferen zu transferieren. Dass die Lymphad. retroph. die Vorstufe der r. A. darstellt, ist somit bewiesen durch den anatomischen Befund der retropharyngealen und übrigen hiehergehörigen Lymphdrüsen, durch die Beobachtung der allmählichen Entwicklung eines Abscesses aus einer Drüse während des Lebens und durch die pathologischen Veränderungen der Lymphdrüsen bei Abscessen, wie sie durch Sektionen festgestellt sind. Der letzte Punkt soll weiter unten noch näher beleuchtet werden. Diese Anschauung erkennt Henoch noch nicht vollständig als zu Recht bestehend an und Schmitz sagt, dass man nicht jeden Fall von r. A. auf die Lymphadenitis zurückführen könne, ohne dass sie ihre Behauptung näher begründen.

Während die Autoren in den bisher behandelten Fragen eine nahezu völlige Übereinstimmung aufweisen, gehen sie bei der Entscheidung, ob die Scrophulose für

die r. A. ätiologisch in Betracht komme, beträchtlich auseinander.

Bokai und sein Sohn Joh. Bokai schreiben der Scrophulose und den sie begleitenden Umständen, Eczema capilis et faciei, Conjunctivitis, Blepharitis u. s. w. einen massgebenden Einfluss zu. Justi betrachtet skrophulöse Individuen als besonders disponiert, ebenso Unger.[1])

Goschler[2]) Dollinger[3]) und Huysman[4]) beobachteten ganz eklatante Fälle. Kormann sagt, es sei nicht schwer, fast in jedem Falle von skrophulöser Ozaena die geschwellten Lymphdrüsen nachzuweisen. Dagegen kann Abelin es nicht entscheiden, ob die r. A. mit Vorliebe skrophulöse Kinder befallen, da er meint, es sei in den ersten Lebensmonaten schwer zu bestimmen, ob ein Kind skrophulös ist, weil diese Krankheit erst später in deutlicher Form auftrete und Henoch, Schmitz, Neumann negieren ihren Einfluss entschieden. Was die Behauptung Abelin's betrifft, bezüglich der Mangelhaftigkeit einer exakten Frühdiagnose der Scrophulose, so sagt Steiner[5]) der den Einfluss der Scrophulose und Tuberculose acceptiert, dass die Skrophulose alle Kinder, die Säuglinge ausgenommen, befallen kann. So hätte Abelin schon eher Recht. Allein Steiner fügt hinzu, dass man bereits bei Säuglingen hartnäckige Schnupfen, Bronchialkatarrhe, Ekzeme, die leisen Anfänge des Leidens wahrnehmen kann. Auch einen Einfluss von Rhachitis und Atrophie, welchen Bokai und Steiner in das Bereich der Aetiologie ziehen, leugnet Schmitz. Auf Grund der sicher beobachteten Fälle jedoch kann man getrost der Scrophulose, Rhachitis und Atrophie einen massgebenden

[1]) Lehrb. der Kinderkrankh. 1894.
[2]) Allgem. Wien. med. Zeit. 1870. 30.
[3]) Jhrb. f. Kinderhlk. 1895. 41.
[4]) Tjidschr. voor Geneesk. 1886. Nr. 51.
[5]) Compendium der Kinderkrankh. 1873.

Einfluss zuerkennen, zumal sich unter den Autoren, welche einen solchen annehmen, die befinden, welche weit mehr r. A. beobachtet haben wie die Anderen. Es ist gar nicht nötig, dass die Scrophulose in so markanter Form zu Tage tritt, dass man sie gleich auf Anhieb diagnostizieren kann. Es genügt die skrophulöse Disposition, welche angeboren ist bei Kindern syphilitischer, tuberkulöser oder solcher Eltern, welche skrophulös gewesen sind. Ferner werden gerade infolge der Schwierigkeiten der Frühdiagnose manche Fälle als nicht mit Scrophulose zusammenhängend betrachtet werden und nur bei gut ausgeprägtem Krankheitsbild zur Scrophulose in Beziehung gebracht, so dass dieser konstitutionellen Erkrankung ein mehr oder minder bedeutender Einfluss zuerkannt wird.

Dagegen lässt sich ein Zusammenhang zwischen Dentition und r. A., wie ihn Bokai aufstellt, während Schmitz sich nicht entscheidet und Henoch ihn negiert, auf Grund der exakten Arbeiten von Kassowitz[1]) völlig zurükweisen. Damit sind auch die Ansichten von Vogel[2]) Evanson, Trousseau, Bouchut und Desavisilles hinfällig, welche den Dentitionsprozess für alle möglichen Affektionen der Mund Nasen- und Rachenhöhle verantwortlich machten, welche während des Zahnens die Kinder befallen und somit für die Ätiologie der r. A. in Betracht kämen. Im Einzelnen auf die sehr interessanten Abhandlungen Kassowiz's einzugehen, ist hier nicht möglich. Belliard[3]) glaubt indes immer noch das Hervorbrechen der Zähne auf r. A. beziehen zu können.

Nach Massgabe dieser doch reichlichen ätiologischen Momente, denen noch Syphilis, beobachtet von Daniel

[1]) Beitr. z. Kinderhlk. 1892 N. F. IV. und idem 1893. N. F. IV.

[2]) Lehrb. d. Kinderkrh. 1873.

[3]) Abscès chaud rétroph. Revue de Laryngol. 1894. XV.

Movab[1]) P. Mermet[2]) Verneuil, Gilette und Fournier, und Caries der Zähne, beobachtet von C. Fischer,[3]) hinzuzufügen wären, dürfte Henoch's[4]) Wort, die Ätiologie der r. A. ist noch ziemlich dunkel, kaum zutreffend sein. Einen einzigen Fall fand ich in der Litteratur angegeben, in dem die Ätiologie als dunkel bezeichnet wird. Dieser ward vorgestellt in der Sitzung der Londoner laryngol. Gesellsch. 13. Mai 1896. Es konnte nichts nachgewiesen werden, aber auf Jodkali trat eine Besserung ein, so dass hier wohl der Effekt der Therapie einen Rückschluss auf die Ätiologie gestattet.

Bei der Beobachtung des Auftretens der r. A. bei Kindern, welche in den Statistiken der pädiatrischen Kliniken zu 0,2% figurieren und bei Knaben häufiger sein sollen als bei Mädchen, wie Allin a. a. O. allein behauptet, hat man noch konstatieren können, dass einzelne Jahresmonate gegenüber den anderen eine gesteigerte Frequenz aufweisen. So fand Bokai den Januar mit Mai, den Oktober und November, Gautier, Schmitz und Kormann Februar, März, September und Oktober am meisten belastet.

Für die kälteren Monate ergibt sich die Steigerung ohne Weiteres aus dem gehäuften Auftreten der Schleimhautaffektionen. Nasen-, Rachen- und Ohrenleiden erreichen hier ihre höchsten Ziffern. Ausserdem gibt uns die Witterungscharakteristik für Mitteleuropa eine ganz gute Handhabe, um die Frequenz der einzelnen Monate zu verstehen. Wir haben da z. B. zu Ende Januar und Februar ganz intensive Temperaturschwankungen, welche sich häufig in kritischen Lagen bewegen und oft eine totale Änderung der Lebensweise bedingen. Ebenso

[1]) Lancet 1892.
[2]) Gaze des hopitaux 1895.
[3]) Zeitschr. f. Wundärzte und Geburtshelfer 1856 Bd. IX.
[4]) Vorlesungen üb. Kinderkrh. VI. Aufl.

müssen im April und Mai gerade die scheinbar warmen Tage mit kräftiger Insolation, aber kühlen östlichen Winden gefährlich werden, da die lachende Sonne so manche Mutter verleitet, ihren Liebling in's Freie zu bringen, um ihn bald mehr oder weniger stark erkrankt zu finden. Bei Erwachsenen treffen wir die bisher behandelten Formen der r. A. äusserst selten an. Solche Fälle haben mitgeteilt M'Coy[1]) bei einem 24jährigen Manne, G. D. Willet,[2]) Galozzi[3]) nach einem Hustenanfall, H. Clutton[4]) im Alter von 50 und Huysman a. a. O. im Alter von 60 Jahren.

Von den lymphadenitischen r. A. unterscheiden sich die Congestionsabszesse (Abkürzung C. A.) einmal dadurch, dass sie in toto viel seltner sind, zweitens durchaus nicht an das früheste Kindesalter gebunden sind und drittens ihren weit chronischeren Verlauf, bei dem sich auch viel häufiger Senkungsprozesse geltend machen.

Die r. A. infolge Eitersenkung abscedierender Lymphdrüsen finden sich, obwohl die eitrigen Entzündungen der Halsdrüsen im kindlichen Alter so ausserordentlich häufig sind, sehr selten. R. A. entstehen dabei nicht so häufig, wenn die entzündlichen Prozesse im Gefolge von rheumatischen und katarrhalischen Affektionen auftreten, als wenn sie Individuen von skrophulöser Konstitution befallen.

In nicht viel grösserer Zahl treten r. A. im Anschluss an die Spondylitis cervicalis auf, am häufigsten noch von der 9. Lebenswoche an bis zum 14. Lebensjahre und darunter nimmt das 1. mit dem 5. die dominierende Stellung ein. Nach Bouchut sind sie bei Neugeborenen und Säuglingen sehr selten. Entgegen der obigen Angabe bezüglich der Seltenheit dieser r. A. hat sich die Ansicht einiger Forscher, dass die Spondyl.

[1]) Philad. med. and. surg. Reporter 1892 Nr. 46.
[2]) British Med. Journ. 1877.
[3]) Riform. medic. 1886 Nr. 120.
[4]) British. Med. Journal. 1887.

cervic. eine der häufigsten Ursachen für r. A. abgebe, immer fortgeerbt. Diese falschen Beobachtungsresultate werden besonders von Vogel und Steiner a. a. O. mitgeteilt. Letzterer sagt: „Der r. A. ist selten ein idiopathischer infolge Entzündung des pharyngealen Bindegewebes oder durch Vereiterung der retroph. Lymphdrüsen entstandener, häufiger steht er mit Caries der Halswirbelsäule im Zusammenhang.“ Dagegen hatte früher schon Charles West[1]) deren Seltenheit hervorgehoben und neuere Beobachtungen unterstützten ihn. Dass sich durchaus nicht in jedem Fall von Halswirbelkaries ein r. A. entwickelt, haben König[2]) und Soltmann festgestellt. Bokai sah, während er seine sog. idiopathische Form unter 200000 Kindern in 20 Jahren 200 Mal beobachtete, nur 4 r. A. nach Spondyl. cervic., Schmitz keinen einzigen, obwohl, wie er sagt, die Halswirbelkaries in seiner Anstalt nicht zu den Seltenheiten gehöre. Demme, der im Bonner Kinderspital eine grosse Zahl von Ostitiden und Periostitiden der Halswirbelsäule beobachtete, bekam nur 2 Fälle zu Gesicht, Bilton Pollard[3]) unter 204 kariösen Prozessen im North Eastern Kinderspital zu London nur 7 r. A. spinalen Ursprunges. Ferner wurden Fälle dieser Art, die ausserdem vom Proc. mastoid., Unterkiefer, Zungenbein, Sternum, Sternoclaviculargelenk ausgehen können, konstatiert von G. Alexich[4]) Arnaud[5]) Kummer[6]) Dr. Neureutter[7]) und Prof. Dr. Joseph Bauer.[8])

[1]) Pathologie und Therapie der Kinderkrht. 1852.

[2]) Lehrb. d. spec. Chirurgie Bd. 1.

[3]) Lancet 1892.

[4]) Abscesso retrofaringeo dovuto a carie delle prime vertebre cervicali. Crème 1888.

[5]) Annales de la Polyclinique de Bordeaux 1890.

[6]) Rev. mèdic. de la Suisse romande 1895. 3.

[7]) Oestrreich. Jahrb. f. Paediatr. 1873. I.

[8]) Annalen d. städt. allgem. Krankenh. z. München 1878. B I.

Der grösste Teil der lymphadenitischen r. A., welche flach, birnförmig, oval, rundlich, tauben- bis hühnereigross erscheinen und sich innerhalb 2—21 Tage entwickeln, haben ihre Lage entsprechend dem Sitz der Lymphad. retroph. in der rechten oder linken Seite der Rachenhöhle[1]) Diese seitliche Lage ist auch von Dollinger a. a. O. an 30 Kinderleichen bestätigt worden. Die Lymphad. retroph. führt aber nicht in allen Fällen zur Abszedierung. Schon Bokai konnte dieses Verhalten konstatieren und ebenso ging von den 193 Lymph. retroph., die von Kormann zusammengestellt sind, nur eine in Vereiterung über. Baginsky's Material ergibt dasselbe Resultat. Die Drüsen bildeten deutliche Tumoren, allein unter massgebender Behandlung gingen sie zurück.

Die geschwellten retroph. Lymphdrüsen sind stecknadelkopf- bis erbsengross. Die anatomische Untersuchung ergibt frische Schwellung mit dunkelbraunroter Schnittfläche, oder sie sind hart, grau, trocken und gefässarm. Käsige Einschmelzung findet sich bei Kindern, die an gleichen Prozessen in den Lungen gelitten haben. In der Umgebung der Abszesse, welche die hintere Rachenwand von der Wirbelsäule in grösserer oder geringerer Ausdehnung abheben und nach vorne gegen den Rachenraum wölben, befinden sich die Organe im Stadium der Entzündung und nur unter gewissen Bedingungen, bei septischen Prozessen, Fremdkörperverletzung kommt es zu diffuser Phlegmone, die in Gangrän übergeht und zu ausgedehnten Zerstörungen in der hinteren Rachenwand und der Cervikalgegend Veranlassung gibt, ja es kann zu septischer Allgemeininfektion kommen.[2]) Bei den phlegmonösen und gangränösen Prozessen kann sodann Arrosion von Gefässen erfolgen, an die sich dann mächtige Blutergüsse anschliessen. Einen derartigen Fall erzählt

[1]) Alexy, Jahrb. f. Kinderhlk. 1881. B. XVII.

[2]) Ziegler, spec. pathol. Anatom. 1895.

James Carmichael[1]) ein 5 Wochen altes Kind erkrankt, nachdem es zum ersten Mal an die Luft gebracht worden. Bevor der Arzt es noch untersuchen konnte, erfolgte eine derartige Blutung, dass das Kind in 2 Minuten eine Leiche war. Die aussen und hinter der Tonsille gelegene, mit dem Rachen kommunizierende Abszesshöhle hatte die Carotis externa in Gestalt einer zackigen Öffnung arrodiert. Andere schwere Folgen zieht die Spontanruptur der Abszesshöhle mit Aspiration in die Luftwege nach sich.[2]) In einem Falle, wo der Operateur die Aspiration verhütete, erfolgte der Tod durch reflektorische Synkope[3]). Die Abszesshöhlen zeigen natürlich in den einzelnen Fällen eine verschiedene Ausdehnung und erstrecken sich nach oben bis zur Schädelbasis, nach unten bis zum Kehlkopf.

Was den bakteriologischen Befund des Inhaltes der Abszesshöhlen betrifft, so fand Henry Koplik[4]) stets einen Streptococcus und zwar in Reinkultur; es gelang ihm 4 Arten zu differenzieren, von denen zwei dem Strept. brevis und 2 dem Strept. longus angehören. Das Tierexperiment bewies ihre Gutartigkeit. Die Infektion findet jedenfalls von den Tonsillen, Nebentonsillen oder den adenoiden Geweben des Nasenrachenraumes und Gaumengewölbes aus statt. Ebenso fand Neumann[5]) der die Entzündung der retropharyngealen und retromaxillären Lymphdrüsen in epidemischer Häufigkeit beobachtete, bei Phlegmone der Lymphdrüsen als Ursache den Streptococcus. Noch zu bemerken wäre, dass in sehr seltenen Fällen die lymphadenitischen r. A. multipel auftreten.[6])

[1]) Edinb. med. journ. 1881. XXVII.

[2]) Gaupp. Württemb. med. Corresp. Bl. Nr. 23.

[3]) Levrey und Ghika. Journ. de clin. et de thèrap. infant. 1895.

[4]) Centr. Bl. f. Bact. und Park. 1894 XVI. 12 und 13.

[5]) Berl. kl. Wochenschr. 1891. Nr. 53.

[6]) S. Dunn Multiple retropharyngeal abscess. Virginia Med. Monthly. 1893.

Während die lymphadenitischen Formen nur äusserst selten zu tieferen Senkungen und umfangreicheren Zerstörungen führen, finden wir diese Prozesse bei den r. A., welche bei Spondyl. cervic. sich entwickeln, viel häufiger und excessiver. Hat der pathologische Prozess eine Eitermasse produziert, für welche am Orte der Entstehung kein genügender Raum mehr ist, so bleibt der Abszess nicht sesshaft, er ist keineswegs damit zufrieden hier schon genug Unheil angestiftet zu haben, nein, wanderlustig, wie Soltmann[1]) treffend sagt, begibt er sich auf fremdes Terrain und stellt so den Abscessus migratorius dar. Der Ausdruck „Senkung" passt jedoch gar nicht für alle Manöver, welche die Eitermassen ausführen, bis sie ihr Ziel erreichen. Denn es handelt sich durchaus nicht immer um reine Senkungsvorgänge, vielmehr „senkt" sich der Eiter, jedes physikalische Gesetz ignorierend auch nach aufwärts, wie dies König[2]) und Henke[3]) bewiesen haben. Auch liegt es nicht im Belieben der Eitermassen, diesen oder jenen Weg einzuschlagen, sondern es sind hiefür ganz strenge Bahnen gezogen, indem die Widerstände, welche die anatomische Construktion der Gewebe den wandernden Massen entgegensetzt, allein die Emigration beeinflussen. Dahin wendet sich der Eiter, wo es ihm am leichtesten gemacht ist und die Eiteransammlung findet immer statt, in einem präexistierenden Raum und je nach Umfang und Ausdehnungsfähigkeit desselben wird Ausbreitung, Form und Gestaltung des Abszesses modifiziert. Bounier sah sogenannte recurrente Fälle. Die Wege, welche diese Abszesse einschlagen, sind eingehend studiert von Bichat, der künstlich Exsudate nach-

[1]) Jhrb. f. Kinderhlk. 1874. VII. 3.

[2]) Die perimetrischen Exudate im Becken der Wöchnerinnen, Archiv d. Heilk. Bd. III.

[3]) Beitr. z. Anal. d. Menschen 1872.

zuahmen versuchte, von Witzel, von Poulsen[1]) welcher mit Leiminjektionen wie Soltmann l. c. experimentierte. K. Tagucki in Tokio[2]) benützte bei seinen Versuchen über die Spalträume Hektographenmasse und chinesische Tusche. Auf ihren Bahnen können die Congestionsabszesse, welche ebenfalls zu Arrosion von Gefässen, wie subclavia, carot. ext., lingualis, Anonyma, jugular. int. und extern., führen, so entweder im Gesicht oder am Kieferrand oder nach aussen vom Sternocleidomastoideus perforieren oder ergiessen sich in das Mediastinum und brechen in den Pleuraraum ein.

In Kürze sollen jetzt noch in einigen Schlusssätzen die strittigen Fragen der einzelnen Autoren so gefasst werden, wie sie mir auf Grund des Studiums der Litteratur als richtig erscheinen.

I. Es gibt nur sekundäre Formen der retropharyngealen Abszesse.
II. Die Annahme einer besonderen Form, des sogen. idiopathischen retropharyngealen Abszesses der Kinder ist unnötig.
III. Ebenso die Aufstellung der metastatischen Formen.
IV. Scrophulose, Rhachitis und Atrophie haben ätiologische Bedeutung für die retropharyngealen Abszesse.
V. Der Einfluss der Dentition ist ein völlig negativer.
VI Die Lymphadenitis retropharyngealis ist die Vorstufe des r. A.
VII. Die lymphadenitischen r. A. sind weit häufiger wie die Congestionsabszesse.

[1]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 37. B.
[2]) Arch. f. Anat. und Physiol. 1890, 1 und 2.

Am Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger für Überlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

# Literatur.


1. Allgem. Wiener medizin. Zeitung. 1870. 30. (Goschler).
2. Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München 1878. Bd. I. (Prof. Dr. J. Bauer.)
3. Archiv der Heilkunde Bd. III. (König)
4. Archiv für Anatomie und Physiologie. 1890. 1 und 2. (K. Tagucki.)
5. Archiv für Kinderheilkunde. 1893. XV. p. 339. (H. Neumann.)
6. Beiträge z. Kinderheilkunde. 1892. N. F. IV. (Kassowitz.)
7. „ „ „ 1893. N. F. IV. (Kassowitz.)
8. Berliner klinische Wochenschrift 1882. Nro. 8. (Lewandowsky)
9. „ „ „ 1891. Nro. 53 (Neumann.)
10. Caspar's Wochenschrift. 1850.
11. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. 1894. XVI. 12 und 13.
12. Centralzeitung für Kinderheilkunde. 1877. I. 5. p. 67. (Kormann.)
13. Deutsche Klinik. 1860 p. 266. (Lange.)
14. „ „ 1866 p. 67. (Moeller.)
15. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1877. Nro. 25. (Justi.)
16. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 37. (Poulsen.)
17. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1858. 1. p. 183. (Bokai sen.)
18. „ „ „ 1873. N. F. VI. 3. (Schmitz.)
19. „ „ „ 1874. N. F. VII. 3. (Soltmann)
20. „ „ „ 1876. N. F. X. 1 u. 2. (Bokai sen.)
21. „ „ „ 1881. N. F. XVII. (Alexy.)
22. „ „ „ 1895. N. F. XLI. (Dollinger.)
23. Klinische Beobachtungen und Wahrnehmungen Berlin 1856.
24. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1893. XII. (Liebe.)
25. Oesterreichisches Jahrbuch für Paediatrie. 1873. I. (Neureutter.)
26. Oesterreichische mediz. Wochenschrift. 1841. Nr. 6. (Allé.)
27. Pester med. chir. Presse. 1889. Nr. 19. (Bokai jr.)
28. Russ. med. 1890. 41 und 42. (S. Lisunow.)

29. Siebold's Zeitschrift 1829. (Loewenhardt.)
30. Virchow's Archiv. Bd. 97. p. 211. (Stöhr.) Bd. 97 und Bd. 98. (Bichel.)
31. Wiener med. Presse. 1892. 30. (S. Fischer.)
32. Württemb. med. Corresp.-Blatt. Nr. 23. (Gaupp.)
33. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. XXVI. 1. (Knapp.)
34. Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer. 1856. Bd. IX. (C. Fischer.)
35. Hippokrates (Tom. II. pag. 46. trad. par. E. Littre. Paris 1851.)
36. Annales de la Polyclinique de Bordeaux 1890. (Arnaud.)
37. Annales d'obstétriques) 1842 (Duparque.)
38. Crème 1888 (G. Alexich.)
39. Gaze des hôpitaux. (J. P. Mermet.)
40. Gautier. Des abscès rétropharyngiens ou de l'angine phlegmoneuse. Genève et Bâle 1869.
41. Gilette. Dès abcès rétropharyngiens èliopatiques. Thèse Paris 1867.
42. Journ. de clin. et de thérap. infant. 1895. (Levreg nund Ghika.)
43. Journ. des connaissanc. médical. 1845 (Rodriques).
44. L'Expérience. 1842. (Mondière.)
45. Revue de Laryngologie. 1894 XV. (Belliard.)
46. Revue médicale de la Suisse romande 1895. 3. (Kummer.)
47. Roustan. Thèse Paris 1869.
48. Archiv. Pediatrics. N. Y. 1895. (S. K. Bremer.)
49. „ „ „ „ 1895. Juli.
50. British Med. Journal. 1877. (G. D. Willet.)
51. „ „ „ 1887. (H. Clutton.)
52. Dublin. Journ. of med. scienc. 1840 XVII. p. 41. (Fleming.)
53. „ „ „ „ „ 1850. (Fleming.)
54. Edinburgh Medical and surgical. 1819 Vol. 15. p. 260 (Abercrombie.)
55. Edinburgh med. Journ. 1881. XXVII. (James Carmichael.)
56. Journ. of. Medic. 1851. vol. VII. p. 307. (Allin.)
57. Lancet 1892. (Movab.)
58. „ 1892. (Bilton Pollard.)
59. New York Med. Rewrd. 1895. (Biggs.)
60. Philad. med. and surgic. Reporter. 1892. Nr. 46. (M'Coy.)
61. Virginia Med. Monthly 1893. (J. Dunn.)
62. Archiv. italian. die laringologia 1884. Fascic. III.
63. Bollet. delle Male dell' Orechio. 1892. Nro. 56. (Grazzi.)
64. Riform. medic. 1886. Nro. 120. Galozzi.)
65. Lä karefören Förh. Bd. V. Upsala. (O. Glas.)

66. Ned. Tjidschrift voor Geneesk. 1886 Nro. 51. (Huijsman)
67. „ „ „ „ 1895 II. 5. (J. A. Wiynhoff.)
68. Bednar, Lehrb. der Kinderkrhten. 1856.
69. Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle, der Nase und des Rachens. 1896.
70. Gerhardt, Handbuch der Kinderkrhten. 1880.
71. Pitta und Billroth, Hdbch. der allg. und spez. Chirurgie.
72. Baginsky Lhrb. der Kinderkrhten 1887.
73. Seitz, Grundriss der Kinderhlkde. 1894.
74. Störk, Klinik der Erkrankungen der Nase, des Kehlkopfes u. s. f. 1895.
75. Rilliet & Barthez, Maladies des enfants 2 e édition 1853.
76. Henle, Hdbch. der systematischen Anatomie III. Bd. 2. Abt.
77. Luschka, Anatomie des menschl. Halses. 1862. I. Bd. 1. Abt.
78. Tourtual. Neue Untersuchungen über den Bau des menschlichen Schlundes und Kehlkopfes. 1846.
79. Quain-Hoffmann, Lehrb. der Anatomie. Erlangen. 1872. Band III.
80. Unger, Lehrb. der Kinderkrhten. 1894.
81. Steiner, Compendium der Kinderkrhten. 1873.
82. Vogel, Lehrb. der Kinderkrhten. 1873.
83. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrhten. VI. Aufl.
84. Charles West. Pathol. und Therap. der Kinderkrhten 1852.
85. König, Lehrb. der spez. Chirurgie. Bd. I.
86. Ziegler, spez. path. Anatomie 1895.
87. Henke, Beiträge zur Anatomie des Menschen. 1872.
88. Schmidt's Jahrbücher.
89. Semon's Centralblatt.
90. Eulenburg's Realencyclopaedie.